

# 輸血部ニュース

No. 4 1995年6月1日 Ver.1  
 広島大学医学部附属病院輸血部

編集：高田 昇

Tel 外線：082-257-5580～1, 内線：2940～1

Fax 082-257-5584

## 【今月号の内容】

RhD陽性？陰性？のミステリー

ミス減らす“仕掛け”

MEMO：医療過誤と法的責任

文献から：伝票記載と実際の不一致

増加する自己血輸血

## RhD陽性？陰性？の ミステリー

### | ことの始まり

これは実際にあった話を少し作り変えています。ある病棟からAさんという患者さんのご家族（Bさん）の血液型検査の依頼が提出されました。輸血部に届いた検査伝票はBさんの名前が書かれています。検体のラベルにはAさんの名前が書かれていました。輸血部の職員は伝票とラベルが違うので、採血し直しの伝言をつけて、伝票と検体を返却しました。ところが翌日届いた検体のラベルは、前の名前を線で消して、横にBさんの名前が書かれたものでした。このため輸血部では検査を実施したところ、RhD(+)の結果でありこれを返却しました。

### | 「おや、変だな？」

しばらくしてBさんは輸血を必要とする手術をすることになり、外科の主治医から輸血登録検査が提出されました。1年生の主治医Cさんの判定もRhD(+)と書かれています。ところが輸血部で調べるとRhD(-)です。最近経験したRhD(-)の患者さんは技師も覚えているものです。記憶がありません。「変だな？」と思い、輸血部のコンピュータに入力した前回のデータを参照してもRhD(+)になっています。でもBさんはRhD(-)であることは間違いありません。



## | 交差適合試験では避けられない！

もしCさんが前の検査の結果を信用して、輸血登録をしなかったらどうなっているでしょう。Bさんは輸血歴がなく、抗D抗体を持っていません。ですから交差適合試験では合格と判定され、輸血されるでしょう。そして50%の確率で抗D抗体を獲得します。Bさんが将来輸血を受けるとき、あるいは女性であって妊娠した時に問題を起こしてしまう可能性があります。

## | 人為的なミス

ミステリーの真相はどうだったのでしょうか？

主治医のCさんは判定ミスをしていただけがわかりました。では前の結果はどうだったのでしょうか？ どうやら前の科では採血をし直さず、ラベルだけ書き換えて再提出したらしいのです。

一般に大学病院では、ラベルへの名前の記載漏れ、人違い、検体取り違えが1%のオーダーで発生すると言われています。結果の転記ミスもありえます。人為的なミスは人間である限り発生します。コンピュータを使ったオーダリングで少なくなるでしょうが、やっぱり人です。

Cさんは判定を間違えたとはいえ、輸血登録をしてくれたのでRhD不適合輸血を未然に防ぐことができました。それにしても、採血し直しの伝言を無視したことは、不誠実なことです。「2度？も採血するのはかわいそう」という気持ちが仇になりました。[TAKATA]

## ミス減らす“仕掛け”

### | ABO式不適合輸血は医療過誤

ABO式の不適合輸血による副作用は単なる事故というよりも、“医療過誤”の範疇です。患者さんの生命と医療者（検査技師、看護師、医師）個人の職業生命にかかわります。絶対に避けたいものです。これを避けるために、色々な“仕掛け”があります。この仕掛けでカバーされた出来事が日々発生しています。

### | ミスを減らす仕掛け

血液センターは、輸血用血液について検査の自動化とバーコードでコンピュータ管理を行

**MEMO:医療過誤と法的責任**

1. **刑事責任**(刑法第211条:業務上過失致死傷)
  - ・医療側の届け、または患者側の告発 検察庁 刑事裁判
  - ・ミスをした個人(医師、看護婦、検査技師)に禁固・罰金がかかる。
2. **行政責任**(医師法第7条:免許)
  - ・罰金以上の刑や医事犯罪 厚生大臣の処分
  - ・医師免許取り消しや医業停止の処分。
3. **民事責任**(民法第415,709条:損害賠償、不法行為)
  - ・被害者側の提訴 裁判 本人・管理者に賠償金と

い、供血者の過去のデータとの照合と、製剤のチェックを実現しています。本院ではまず、主治医による血液型判定を行います。別に採血した検体で輸血登録をします。輸血部の結果が主治医と違う場合は、判定ミス・検体違いの可能性を考え、連絡して再度採血して頂きます。輸血部の検査結果は輸血部のコンピュータに手で入力(7月からはオーダー画面で参照可能)します。輸血請求書をコンピュータに入力するとき、型違いがあればここではじかれ再確認を要求します。主治医の生食法による交差適合試験で、型違いは検出できます。常備血について主治医の依頼があり、前日10時までに検体提出があれば、輸血部技師による交差適合試験をします。出庫時に製品番号を台帳に記載し(コンピュータ入力)ますが、この時複数の人で声を出して確認し、受け取り者はサインをします。輸血を行う現場では複数の人によりカルテと製剤の照合をして頂きます。

**|緊急時こそ落ちついて！**

夜間救急で搬入された患者さんで輸血登録が済んでいない場合は、上記の仕掛けがありません。チェックの次は になり、しかも複数の方の目の確認でないこともあります。検査が24時間体制をとっていない本院ではとても心配です(それだけの人員配置をしない文部省、予算を認めない大蔵省、そんな政府を許している国民の問題になるのかな?!)。急ぐ時ほど手順が省略されないよう、できるだけ複数の方が関与するようにして下さい。なお輸血前の検体は必ず輸血部の冷蔵庫に残しておいて下さい。[TAKATA]

<文献から>

**伝票記載と実際の不一致**

九大病院の金城らは、6カ月間にABO式血液型検査3,431件中、主治医の伝票記入と輸血部での

結果とが一致しなかったものは27件(0.79%)であったと報告しています(日輸血会誌1995;41:104)。

調査の結果、主治医の判定ミス13件、伝票の記載ミス12件、検体取り違い1件、患者の言葉を鵜呑みにした1件でした。いずれも単純な人為的なミスで、場合によって患者の死につながりません。

血液センターから供給される血液型の間違いいも100万件に1件くらい起こると推定されています。人間はミスを犯すもの。だからこそ主治医と

**増加する自己血輸血**

主治医の努力に頭が下がる

輸血部で別個に判定し、結果を照らし合わせるダブルチェックが必要なのです。[TAKATA]

厳しい話題が続いたので、最後に本院における自己血輸血の増加ぶりを数字でお示ししましょう。

平成6年度(平成6年度)臨床科別・月別の自己血貯血本数

臨床科	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
第1外科	3	4	8	1	10	1	1	8	7	8	1	1	116
第2外科	1	4			4	1			1	2	1	6	20
整形外科	4	9	5	2	2	8	1	3	2	5		6	53
産婦人科	5	2	6		2	5	4	9	7	9	1	2	70
原医研外								2					2
耳鼻科								2					2
泌尿器科								2					2
脳外科									1				1
口腔外科						2	2			1	2	2	9
合計	13	19	1	1	18	3	2	2	1	2	3	3	275

年別の推移です。このため保冷庫の貯血スペースが少なくなってきました。HELP!

過去5年間の臨床科別・自己血輸血貯血本数

臨床科	'89	'90	'91	'92	'93	'94	合計
第1外科	10	31	56	44	60	116	313
第2外科		4	25	16	15	20	80
整形外科			3	1	4	43	104
第1内科					1	1	2
第2内科					1		1
産婦人科	7	31	60	55	65	70	288
原医研内科			1		1		2
原医研外科				6		2	8
耳鼻科					1	1	2
泌尿器科						2	2
脳外科						1	1

口腔外科			3	6	1	9	19
小児科			1				1
合計	19	70	152	127	188	275	831